UNIVERSITE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE — SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1973

THÈSE

N° 122

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BEAUMONT

Né le 10 octobre 1943, à Oran

Présentée et soutenue publiquement le 1973

LA LIGATURE ELASTIQUE DES HEMORROIDES

Matériel - Technique - Résultats

Président : M. COMTE, Professeur

PARIS — 1973

UNIVERSITE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE — SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1973 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BEAUMONT

Né le 10 octobre 1943, à Oran

Présentée et soutenue publiquement le 1973

LA LIGATURE ELASTIQUE DES HEMORROIDES

Matériel - Technique - Résultats

Président : M. COMTE, Professeur

PARIS — 1973

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548017_0032

A MA MERE

En reconnaissance de son sacrifice et de son affection.

A MON PERE

dont j'ai été privé trop tôt de l'affection.

A MON FRERE

A MA FEMME

A MON REGRETTE COUSIN, LE DOCTEUR Marcel DRAI
Otorhinolaryngologiste

qui m'a donné le goût du travail et l'amour de mon métier.

A TOUS LES MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE LE DOCTEUR COMTE

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

AU DOCTEUR DUHAMEL
Chef de Service au Centre de Proctologie de
l'Hôpital Saint-Antoine

En remerciement pour son enseignement.

AU DOCTEUR COHEN
Attaché de Consultation au Centre de Proctologie de
l'Hôpital Saint-Antoine

qui m'a conseillé cette thèse et
orienté dans mes recherches.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL DE L'ATTITUDE CLINIQUE DU PROCTOLOGUE DEVANT UN SYNDROME HEMORROIDAIRE - TRAITEMENT AMBULATOIRE

III - LA LIGATURE ELASTIQUE DES HEMORROIDES AVEC L'APPAREIL DU DOCTEUR SOULLARD

A - Principe
B - Appareils

IV - ETUDE DE 25 OBSERVATIONS DE SUJETS AYANT SUBI UNE LIGATURE ELASTIQUE

V - RESULTATS DES OBSERVATIONS

- Suites immédiates
- Suites lointaines

VI - CONCLUSION

- Approche d'une indication

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les hémorroïdes constituent une pathologie des plus fréquentes chez l'homme, rares sont ceux qui n'en sont pas porteurs à un moment ou l'autre de leur existence.

Presque tous les malades qui se plaignent de la sphère ano-rectale consultent en pensant qu'ils ont des hémorroïdes, diagnostic rassurant qui souvent les conduit à attendre des mois ou des années avant même de consulter.

Le plus souvent elles sont asymptomatiques. Elles sont rares chez l'enfant. A partir de l'âge de vingt ans, elles deviennent plus fréquentes, le maximum se situant vers la quarantaine.

Elles posent un problème diagnostic qui n'est pas négligeable car la maladie hémorroïdaire ne possède pas de signes spécifiques.

Elles posent un problème thérapeutique car les moyens médicaux et chirurgicaux sont nombreux. Toujours intéressé par les nouveaux appareils mis à la disposition du médecin, nous avons établi au Centre de Proctologie de l'Hôpital de SAINT ANTOINE à PARIS, une étude de 25 observations de sujets ayant subi une ligature élastique.

Nous en commenterons les résultats afin d'en dégager une indication réfléchie.

II - A T T I T U D E C L I N I Q U E

-:-

Le diagnostic d'hémorroïdes est l'un de ceux qui soit évoqué avec le plus de légèreté tant par le malade que par le praticien. C'est pour cela que la démarche clinique doit être stéréotypé devant toute sémiologie fonctionnelle de la sphère ano-rectale.

Il faut :

- s'assurer que le diagnostic d'hémorroïde est exact.
- comprendre l'étiopathogénie.
- déduire une thérapeutique réfléchie.

A - DIAGNOSTIC

Les hémorroïdes sont souvent asymptomatiques, et la motivation d'une consultation est bien souvent une complication, que ce soit :

- un saignement
- une douleur
- les hémorroïdes qui "sortent".

1 - Le saignement

N'insistons pas sur les caractères de l'hémorragie hémorroïdaire qui sont parfaitement connus. Mais plutôt sur le fait que chez tout malade présentant une rectorragie, il faut faire un toucher rectal et une rectoscopie systématique; si ces 2 investigations sont négatives, un lavement baryté. C'est une règle formelle bien souvent négligée.

Ne pas oublier que 60 à 80 % des porteurs d'un cancer du sigmoïde ou du rectum ont été traités pour hémorroïdes dans l'année qui a précédé leur diagnostic.

2 - La douleur

- la relation "douleur-hémorroïdaire" est tout aussi ambigue que la précédente "hémorragie-hémorroïde".

La seule complication hémorroïdaire douloureuse est la thrombose.

La gêne anale à type de pesanteur, de brûlure, de pincement devra être précisée dans sa localisation interne, intracanalaire ou externe, marginale.

Les autres douleurs anales ont une cause :

Avant tout la fissure, mais aussi le chancre syphilitique, et plus encore les micro-ulcérations en "coups de râpe" observés chez les diarrhéiques chroniques ou chez les constipés usant de laxatifs irritants.

A part, la névralgie anale dont l'origine est une lésion génitale ou lombaire, la coccygodynie avec sa contracture douloureuse des attaches musculaires coccygiennes.

Il faut redouter l'abcès en formation, où la douleur est le seul symptôme et cette possible éventualité doit faire proscrire les injections sclérosantes ou d'anesthésiques locaux.

A côté des douleurs, il faut faire une place à part aux démangeaisons anales, qui doivent faire penser à une parasitose (en particulier une oxyurose) un orifice fistuleux.

Ainsi on peut conclure qu'en dehors de la cryptopapillite et de la thrombose profonde, les hémorroïdes internes ne sont jamais très douloureuses.

3 - Les hémorroïdes qui "sortent"

- les hémorroïdes peuvent apparaître lors de chaque selle ou à la marche, soit en permanence.

Mais des diagnostics peuvent se poser :

- le cancer de la marge anale
- une tumeur villeuse
- un polype accouché par l'anus
- papillomes.

Une grossière erreur à éviter serait de confondre cette variété d'hémorroïde avec un prolapsus rectal.

Au total, toute la sémiologie fonctionnelle ano-rectale peut amener à la constatation objective d'hémorroïdes. Mais il faut savoir qu'il s'agit d'un diagnostic banal, les hémorroïdes sont fréquemment muettes, et on doit en règle rechercher une cause organique. Ainsi les hémorroïdes sont toujours un diagnostic d'élimination.

B - ETIOPATHOGENIE

La plupart des auteurs séparent les hémorroïdes symptomatiques et les hémorroïdes idiopathiques.

Les hémorroïdes symptomatiques seraient secondaires à des lésions pelviennes soit recto-sigmoïdiennes, soit génitales.

Bien que ce chapitre soit classique, il demande à être reconsidéré à la lumière de la simple observation clinique. C'est une association et non une complication. En faire une entité, c'est apporter plus de confusion que de clarté. Seules ont de l'intérêt les hémorroïdes-maladie. La sédentarité, les facteurs sociaux dits "favorisants" le sont pour les manifestations cliniques, non pour le fait variqueux lui-même.

Par ailleurs, il faut faire justice de causes logiques peut-être, mais non confirmées par les faits :

L'hypertension portale tout d'abord. Il est facile de comprendre que le barrage hépatique au cours d'une cirrhose entraîne une dilatation veineuse du fait de l'absence de valvules du système porte au niveau des veines ano-rectales.

BREGER a pu écrire "la seule cause importante d'hémorroïdes c'est l'hypertension portale" ou encore "la muqueuse rectale est le miroir du foie".

L'opinion actuelle est tout à fait opposée. De nombreuses rectoscopies ont été effectuées à de très nombreux cirrhotiques, l'impression était que les hémorroïdes n'y étaient pas plus fréquentes que dans un autre lot d'individus sains ou sans altérations hépatiques. Par contre, il existait des dilatations des veines rectales. Ce qui semble possible, c'est la survenue des accidents hémorroïdaires du fait des troubles intestinaux et de la diarrhée.

Les compressions extrinsèques (kyste de l'ovaire, fibrome) sont plus facilement évoquées que prouvées. La grossesse joue un rôle complexe.

Les affectations prostatiques posent un problème d'ambivalence symptomatique plus que d'étiologie.

Toutes ces causes sont connues. Elles ne font qu'accentuer un état ou mettre en évidence une affection qui préexistait de longue date.

Ainsi les hémorroïdes ne sont qu'idiopathiques,dysplasie vasculaire qui fait son apparition en pathologie dans le seul cas où elles donnent lieu à des manifestations cliniques.

TRAITEMENTS AMBULATOIRES CONSERVATEURS
ET NON CONSERVATEURS

Il faut entendre sous ce nom ceux qui permettent au malade de ne pas cesser ses occupations et qui en même temps respecte ou pas les hémorroïdes.

1 - Le traitement conservateur

- les injections sclérosantes

De nombreux produits ont été proposés, retenons le chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 %. La solution d'huile phéniquée est venue concurrencer avec succès la quinine-urée. La meilleure indication de la sclérose parait être l'hémorragie.

L'efficacité est spectaculaire parce que immédiate. Cette activité semble être en rapport avec un mécanisme réflexe neurovasculaire sur la muqueuse et non pas le fait de la sclérose.

Ainsi il existe une amélioration subjective, en est-il de même de l'aspect local ? il n'en est rien, l'aspect de l'hémorroïde est le même. Bref il s'agit d'un geste curateur fonctionnel et non anatomique.

Les injections sclérosantes peuvent réduire certaines procidences; mais l'action est moins probante que l'effet hémostatique.

- les traitements électriques

La Diathermie, la haute fréquence, les ondes courtes ont une action décongestionnante certaine mais ils demandent de nombreuses séances.

Quant à la radiothérapie anti-inflammatoire, elle doit être réservée à la polythrombose hémorroïdaire extériorisée; quand celle-ci est vue à un stade tardif pour qu'une réintégration des paquets soit réalisable.

2 - Le traitement non conservateur

Il existait actuellement comme traitement non conservateur : l'électrocoagulation unipolaire qui complétait bien souvent un traitement par injection sclérosante, le danger est l'hémorragie par chute d'escarre et un autre plus important l'explosion des gaz intestinaux.

Actuellement la ligature élastique des hémorroïdes dont nous allons exposer le principe semble faire échec à de nombreuses complications.

III - LA LIGATURE ELASTIQUE DES HEMORROIDES

AVEC L'APPAREIL DU DOCTEUR SOULLARD

Le mérite revient à l'Américain BLAISDELL en 1954 d'avoir mis au point le premier un appareil destiné à passer une soie à la base d'un paquet hémorroïdaire et à le ligaturer. Cet appareil fort ingénieux a du être néanmoins abandonné car les accidents hémorragiques étaient fréquents.

Six ans plus tard en reprenant l'idée même du principe James BARRON à DETROIT remplaça la soie par un anneau élastique ainsi l'hémostase réalisé par la strangulation s'avérait plus sûre et plus prolongée. Mais cet appareil nécessite la présence d'un aide auprès du médecin, ce qui n'est pas toujours le cas.

Actuellement, les français séduits par cette technique ont mis au point des appareils ne nécessitant pas la collaboration d'un aide et étant aussi efficace quant aux résultats fonctionnels et locaux.

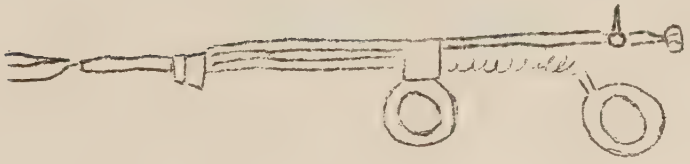
A - PRINCIPE

La strangulation obtenue avec un anneau élastique introduit à la base du paquet hémorroïdaire entraîne une nécrose en 2 à 3 jours de l'hémorroïde. L'anneau élastique restant en place plus longtemps assure une hémostase prolongée mettant à l'abri des hémorragies tardives par chute d'escarres.

VUE D'ENSEMBLE DE L'APPAREIL

POSITION I : La pince à 3 griffes est en retrait et l'on a fait glisser en avant la tige porte cylindre. L'anneau élastique est montré en :

a) isolement
b) sur le cône noir d'où on le fera glisser sur le cylindre interne
c) sur le cylindre interne.



POSITION 2 : Vue de l'appareil montrant ses 2 parties superposées et mobiles l'une sur l'autre. La pince à 3 griffes et la tige canée porte cylindres.

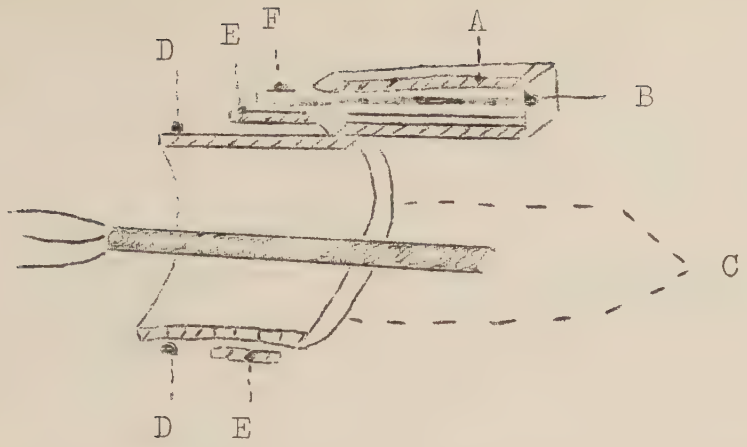


Schéma en coupe longitudinale de l'extrémité opératrice de l'appareil.

- Le cylindre intérieur C, porteur de l'anneau élastique D, est solidaire de la tige canée A. Le cylindre extérieur E, solidaire de la tringle B par l'intermédiaire du pas de vis F glissera sur le cylindre C et expulsera l'anneau élastique D.

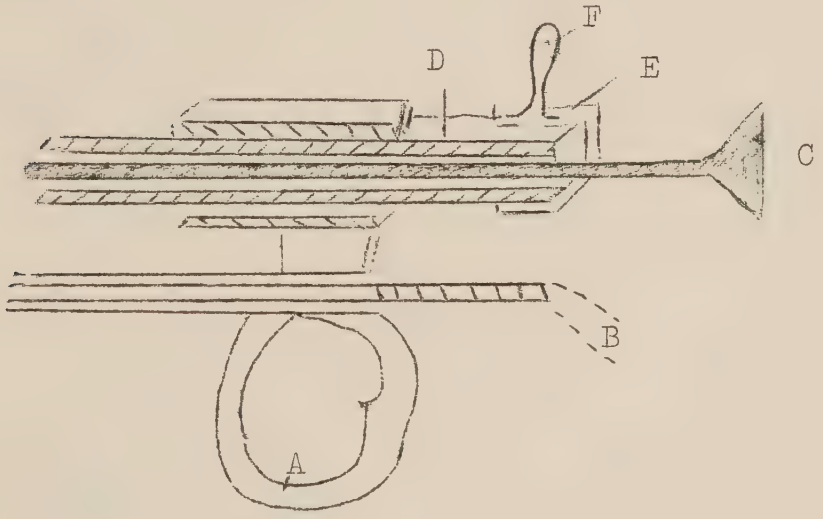


Schéma de l'extrémité manuelle de l'appareil.

- A et B anneaux de pression commandant le ressort ouvrant la pince à 3 griffes, C tringle coulissant dans la tige canée dont la pulsion en avant mobilise le cylindre interne dans laquelle coulisse la tringle commandant le cylindre interne, F curseur réglant la mobilité de l'appareil à cylindres sur le corps de la pince à 3 griffes, l'ergot F aide à pousser en avant la tringle C.

LES 3 PHASES

1) Préhension de l'hémorroïde.

2) Traction de l'hémorroïde dans le cylindre interne.

3) Le cylindre externe glissant en avant projette l'anneau élastique à la base de l'hémorroïde.

Ainsi on élimine :

- la douleur car la ligature se fait en zone non sensible du canal.
- l'hémorragie grâce à la strangulation hémostatique du pédicule hémorroïdaire.

B - APPAREILS

1 - Appareil à griffes

- Instrumentation :

. L'appareil est formé de plusieurs instruments tous solidaires les uns des autres :
Une pince à 3 griffes permettant la préhension du paquet hémorroïdaire.
Un système de 2 cylindres coulissant l'un sur l'autre : un cylindre externe et un cylindre interne.
Le cylindre interne viendra coiffer le paquet hémorroïdaire tandis que le cylindre externe poussera l'anneau élastique afin de le projeter à la base de l'hémorroïde.
L'anneau élastique a les caractéristiques suivantes :

- Allongement de 800 %
- Diamètre intérieur 1,4 mm
- Diamètre extérieur 5 mm
- Epaisseur 1,5 mm.

Cet anneau élastique est monté sur le cylindre interne grâce à un cône.
Le champ de vision du canal est obtenu par un anuscope éclairant.

- Technique :
On repère grâce à l'anuscope un paquet hémorroïdaire bien volumineux et bien individualisé.
La pince à 3 griffes permet la préhension et grâce à une légère traction on libère le paquet de façon à obtenir

un pédicule qui sera stranguler par l'anneau élastique. Dans un dernier temps on libère la griffe de l'hémorroïde et on retire l'appareil.

2 - Appareil à aspiration

Le principe est identique au précédent mais la préhension du paquet s'obtient non pas avec la pince à 3 griffes mais grâce à l'aspiration réalisée par une pompe à eau.

FOURES a fait construire un appareil en matière transparente dans le but de visualiser le volume aspiré.

3 - Résultat local

L'hémorroïde ainsi ligaturée à sa base se rétracte, se nécrose et finalement s'élimine spontanément en 3-4 jours.

Un peu plus tard l'anneau élastique tombe, laisse apparaître une escarre rouge ou blanchâtre.

La cicatrisation est terminée au 15ème jour.

IV - ETUDE DE 25 OBSERVATIONS DE SUJETS AYANT SUBI UNE LIGATURE ELASTIQUE

Nous avons suivi très régulièrement 25 sujets pris au hasard de la Consultation de Proctologie de l'Hôpital SAINT ANTOINE.

Tous ces sujets ont été explorés tant sur le plan clinique que radiologique et endoscopique. Chaque sujet possède une fiche analytique d'observation où sont notés :

. Manifestations ano-rectales antérieures.
. Manifestations actuelles.
. Influences.
. Antécédents personnels et familiaux.
. Traitements utilisés.
. Examen marginal et anal.
. Rectoscopie : hauteur.
. Traitement.
. Suites.

Il n'est tenu compte dans les résumés des observations qui vont suivre que des signes d'examens ayant un intérêt pour l'étude des résultats et des conclusions.

OBSERVATION N° 1 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - pesanteur anale
  - saignement depuis 10 ans.

. Manifestations actuelles :
  - rectorragies
  - peu de douleur.

. Examen marginal et anal :
  - paquets hémorroïdaux internes
  - procidence.

. A noter qu'il s'agit d'un malade sous anticoagulant.

. Traitement : ligatures élastiques - 3 séances.

. Suite : escarre correcte dans les délais normaux.

OBSERVATION N° 2 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - hémorroïdes connues depuis 20 ans
  - douleurs - saignement.

. Manifestations actuelles :
  - il y a 1 an 3 injections sclérosantes pour saignement
  - constipation - gêne anale.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes 2ème degré.

. Traitement :
  - 2 séances
  - ligature élastique
  - exérèse d'un petit pont cutané.

. Suite :
  - rectorragie intermittente
  - 1 an après : bourrelet hémorroïdaire (Rechute ?).

OBSERVATION N° 3 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - depuis 15 ans poussées d'hémorroïdes avec prolapsus
  - douleurs - rectorragies.

. Manifestations actuelles :
  - depuis 2-3 mois, saignement à chaque selle accompagné d'un écoulement purulent.

. Examen marginal et anal :
  - prolapsus hémorroïdaire à 9h. 10h.
  - hémorroïde interne 3h. 5h.
  - procidence.

. Traitement :
  - 3 plus 2 séances
  - ligatures élastiques
  - injections sclérosantes.

. Suite :
  - 1 an après bourrelet hémorroïdaire (Rechute ?).

OBSERVATION N° 4 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - hémorroïdes connues depuis 4 ans.

. Manifestations actuelles :
  - depuis 15 jours : saignement après chaque selle - diarrhée.

. Examen marginal et anal :
  - 3 paquets classiques dont celui de 5h. presque procident.

. Traitement : ligature élastique sur le paquet de 5h.

. Suite :

après la première ligature apparition d'une rectite.

après la 2ème ligature douleur immédiate.

OBSERVATION N° 5 :

. Manifestations ano-rectales ant. :

- hémorroïdes depuis 10 ans.

. Manifestations actuelles :

- douleurs anales à type de brûlure et élancement
- prurit marginal
- saignement après chaque selle
- faux-besoins - constipation.

. Examen marginal et anal :

- hémorroïdes procidentes.

. Traitement :

- ligature élastique.

. Suites :

- douleurs pendant 2 jours lancinantes mais supportables - arrêt du saignement
- nécrose correcte.

OBSERVATION N° 6 :

. Manifestations ano-rectales ant. :

- fistule anale à l'âge de 18 ans.

. Manifestations actuelles : depuis 1 mois
  - sensation de gêne intracanalaire
  - faux-besoins
  - alcool : 3l/jour
  - tabac : 1 paquet
  - adénomectomie - hernie inguinale bilatérale
  - Rx : colite spasmodique.

. Examen marginal et anal :
  - 2 paquets hémorroïdaires.

. Traitement : ligature élastique.

. Suite : nécrose correcte.

OBSERVATION N° 7 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - hémorroïdes connues depuis 1959.

. Manifestations actuelles :
  - saignement intermittent
  - constipation
  - amaigrissement de 7 kg en 2 mois.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïde de 5h.
  - procidence.

. Suites :
  - saignement au niveau de la nécrose
  - injection sclérosante
  - attachement au nitrate de l'ulcération.

OBSERVATION N° 8 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - hémorroïdes connues depuis 1945 accompagnées de rectorragies traitées par des injections sclérosantes.

. Manifestations actuelles :
  - douleur anale à type de gêne
  - saignement accompagnant chaque selle.

. Examen marginal et anal :
  - énormes paquets hémorroïdaires procidents.

. Suites :
  - arrêt de l'hémorragie
  - quelques douleurs
  - persistance d'un oedème.

OBSERVATION N° 9 :

. Manifestations ano-rectales ant. : 0

. Manifestations actuelles :
  - depuis 5 jours rectorragies accompagnant les selles
  - constipation 1 selle tous les 4-5 jours.

. Examen marginal et anal :
  - fissure à 11h.
  - papille hypertrophique.

. Traitement :
  - ligature élastique sur la papille.

. Suites :
  - prurit après chaque selle
  - chute sans incident de la papille
  - rectoscopie normale.

OBSERVATION N° 10 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - hémorroïdes connues depuis 1959
  - rectite infectieuse en 1958
  - nombreux traitements par injections sclérosantes.

. Manifestations actuelles :
  - picotements après chaque selle
  - écoulement de glaires jaunâtres.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes
  - procidence.

. Traitement :
  - ligature élastique.

. Suites :
  - douleur le 2ème et 3ème jours
  - apparition d'un saignement : à l'anuscope : très probablement le fil élastique s'est détaché, évacuation spontanée d'un caillot.

OBSERVATION N° 11 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - souffre des hémorroïdes depuis l'âge de 40 ans ayant nécessité une quinzaine d'injections sclérosantes.

. Manifestations actuelles :
  - douleur anale à type de lourdeur
  - saignement important rouge noir
  - procidence intermittente
  - diarrhée.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes classiques.

. Traitement :
  - ligature élastique.

. Suites :
  - grande hémorragie de sang rouge avec caillots 12 jours après la ligature ayant nécessité une transfusion.
  - intervention chirurgicale.

OBSERVATION N° 12 :

Il s'agit d'un sujet atteint d'une insuffisance cardiaque avec manifestations d'angine de poitrine (traitement anticoagulant tromexane - taux de prothrombine 46 %).

. Manifestations actuelles :
  - depuis 5 mois rectorragies de sang rouge accompagnant les selles.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïde procidente saignant malgré l'arrêt du traitement anticoagulant.

. Traitement :
  - 3 ligatures élastiques.

. Suite :
  - au 5ème jour, dorsalgie très violente survenant par poussée - soulagée par Glifanan
  rectorragies ont disparu.

OBSERVATION N° 13 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - thrombose hémorroïdaire.

. Manifestations actuelles :
  - douleur - prurit
  - saignement de sang rouge après la selle
  - diarrhée

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïde interne

. Traitement :
  - ligature élastique d'hémorroïde de 3h.

OBSERVATION N° 14 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - rectorragies depuis 2 ans.

. Manifestations actuelles : depuis 3 semaines :
  - douleur - saignement.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes.

. Traitement :
  - ligature élastique à 5h.
  - injections sclérosantes.

OBSERVATION N° 15 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - rectorragies depuis 5 ans.

. Manifestations actuelles :
  - depuis 10 jours :
    . douleur
    . saignement rouge et abondant après chaque selle.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes très rouges.

. Traitement :
  - hémorroïdes traitées par ligatures élastiques.

. Suite :
  - bon état local - chute de l'escarre sans problème.

OBSERVATION N° 16 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - fissure anale opérée il y a 15 ans.

. Manifestations actuelles :
  - depuis 1 mois :
    . douleur à type de gêne à chaque selle
    . saignement rare
    . procidence intermittente.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes procidentes.

. Traitement :
  - ligature élastique.

. Suite :
  - aspect local correct.

OBSERVATION N° 17 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - hémorroïdes dès l'âge de 12 ans.

. Manifestations actuelles :
  il y a 4 jours à la suite d'un effort :
  - douleur
  - présence de sang dans les selles

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes très rouges.

. Traitement :
  - ligature élastique.

OBSERVATION N° 18 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - opération pour hémorroïdes il y a 25 ans.

. Manifestations actuelles :
  - depuis 10 jours :
    . douleurs à chaque selle
    . peu de saignement
    . procidence intermittente.

. Examen marginal et anal :
  - grosses hémorroïdes.

. Traitement :
  - ligature élastique.

. Suite :
  - escarre correcte.

OBSERVATION N° 19 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - fistule anale opérée il y a 7 ans.

. Manifestations actuelles :
  - prurit
  - saignement à chaque selle.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes congestives.

. Traitement :
  - ligature élastique.

. Suites :
  - aspect normal de l'escarre.

OBSERVATION N° 20 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - poussées hémorroïdaires depuis 15 ans.

. Manifestations actuelles :
  - depuis septembre 72 :
    . douleur à type de gêne
    . saignement à chaque selle
    . procidence intermittente.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïdes internes très hémorragiques.

. Traitement :
  - ligatures élastiques multiples.

. Suite :
  - chute de l'escarre sans problème.

OBSERVATION N° 21 :

Interrogatoire difficile (parle pas le français).

. Manifestations actuelles : depuis 1 an :
  - saignement à chaque selle
  - procidence intermittente

. Examen marginal et anal :
  - volumineuse hémorroïde interne.

. Traitement : ligatures élastiques.

. Suite :
  - chute d'escarres purulentes.
  - traitement anti-inflammatoire.

OBSERVATION N° 22 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - fissure anale - poussées hémorroïdaires
  - prurit - saignement.

. Manifestations actuelles : depuis octobre 1972 :
  - douleur d'apparition nocturne
  - prurit
  - procidence intermittente (réduction spontanée après chaque selle).

. Examen marginal et anal :
  - 2 marisques
  - anite hémorroïdaire très discrète.

. Traitement : ligature élastique.

. Suite :
  - disparition du prurit.
  - apparition d'un oedème.

OBSERVATION N° 23 :

Hémorroïdes existant depuis longtemps chez un malade ayant eu un cancer du colon, saillie hémorragique d'un bourrelet isolé.

Pose d'une ligature élastique. Suite extrêmement douloureuse avec malaise général et fièvre.

Tout rendre cependant dans l'ordre en 8 jours.

OBSERVATION N° 24 :

Hémorroïdes ayant résisté au traitement sclérosant et médical. Un gros bourrelet marginal est saisi par une ligature élastique à la pince.

Pas de suites fâcheuses, soulagement très net.

Revient cependant ultérieurement car il existe un facteur psychologique non négligeable.

OBSERVATION N° 25 :

. Manifestations ano-rectales ant. :
  - brûlure anale depuis 6 ans apparaissant le soir à la fatigue.

. Manifestations actuelles : depuis 1 mois :
  - brûlure anale permanente.

. Examen marginal et anal :
  - hémorroïde interne avec prolapsus à 5h.

. Traitement : ligature élastique.

. Suite :
  - très bonnes escarres
  - hémorroïde de 5 heures a disparu
  - sensations de brûlures persistantes.

NOM		Age	Nombre séances	Suites immédiates			Suites lointaines		Procidence	Anti-coagulant
				Douleurs	Hémorragie	Rectite	Ulcération	Rechute		
1 - LAN Joseph	♂	67	3	0	+		0		+	+
2 - VIO Adrien	♂	69	2	0	+		0	+	+	
3 - PAC Georges	♂	68	3 + 2	0	0		0	+	+	
4 - JOU J.Luc	♂	31	1° pose 5h. 2° pose 9h.	0 +		+	0	0	+	
5 - DEN Claude	♂	50	3	+	+	+ thrombus	0	0	+	
6 - PIC Charles	♂	67	3	+	0	0	0	0	0	
7 - GUE Ben Saïd	♂	34	1	0	+	0	+ nitrate		+	
8 - LOR Roland	♂	67	42 6séances	1 seule séance	0	0	0	0	++	
9 - ILK M.	♂	28	1	0	0	0	0	0	0	
10 - CHA André	♂	34	1		+++				+	
11 - BRA Pierre	♂	55	1	+	+		0	0	+	
12 - GUI Henri	♂	75	3	+	0	0	+		+	+

NOM		Age	Nombre séances	Suites immédiates			Suites lointaines		Procidence	Anti-coagulan
				Douleurs	Hémorragie	Rectite	Ulcération	Rechute		
13 - MIC Ch.	♂		1							
14 - BIG Henriette	♀	58	3	+					+	
15 - DJI Bel.	♂	39	2	0	0	0	0	0	+	
16 - GUI Henri	♂	52	2	0	0	0	0	0	+	
						oed.				
17 - PAL Louise	♀	44	4	0	+	0	0	0	+	
18 - PEC Henry	♂	78	2	0	0	0	0	0		
19 - RIV Phil.	♂	29	2	0	0	0	+		+	
20 - BER Yvonne	♀	63	3	+	+		+			
21 - CHO	♂	73	5	0	0	0		0		
22 - CHE Brigitte	♀	32	4	+	0		+	0	0	
23 - PER Lear	♂	58	1	+++	Durée 8 jours syncopales					
24 - RE André	♂	64	1	0	0	0	→	Bons résultats		
25 - PAY Paul	♂	64	1	0	0		→	Bons résultats		

V - RESULTATS DES OBSERVATIONS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les résultats sont très bons dans l'ensemble. Il n'y a eu interruption du traitement que dans 3 cas sur 25 du fait de l'apparition d'une douleur à type de brûlure accompagnée de fièvre.

A - INCIDENTS IMMEDIATS

Ces incidents sont de 4 types :

- douleur - hémorragie - rectites - manifestations oedémateuses marginales.

1 - Douleur

- la douleur est apparue chez 10 patients pour un total de 29 séances. Une fois la douleur a été importante avec réaction syncopale et fièvre (Obs. N° 23).

En général : le syndrome douleur apparait chaque fois que la ligature est faite assez basse dans le canal anal et intéresse la ligne pectinée.

Donc sous réserve d'une bonne technique, la douleur doit disparaître dans les suites immédiates d'une ligature élastique.

2 - Hémorragie

- Nombre de cas : 8
- Nombre de séances : 17
- Deux fois le saignement a été important dont 1 fois une vérification endoscopique a été nécessaire.
- Un saignement a duré une matinée.

- Un saignement a duré plusieurs mois
il s'agissait d'une ulcération à l'emporte pièce, la guérison fut obtenue par nitratage.

Cas du traitement anticoagulant :

Dans 2 cas il s'agissait de malade sous anticoagulant
- Obs. N° 1 : le saignement a duré 4 jours
- Obs. N° 12: le saignement a duré 3 jours

Il ne semble pas que le traitement anticoagulant soit un obstacle.

3 - Rectites

- Sous formes de douleurs et de fausses envies.
- Dans un cas ces symptômes ont été observés à 2 séances successives et ont cessé au bout de quelques jours.

4 - Manifestations anales

1) Oedème de la marge
- 3 cas : observations 8, 20, 22
disparition en quelques jours.

2) Une thrombose externe
- 1 cas : observation 5
disparition en quelques jours.

B - SUITES LOINTAINES

- Deux cas d'ulcérations persistantes (Obs. 7 et 19) ayant nécessité un nitratage.
- Rechutes :
  - Nous n'avons pas assez de recul.
  - Néanmoins dans 2 cas nous avons été amené à réexaminer 2 sujets présentant un bourrelet hémorroïdaire.

H E M O R R A G I E S

OBS. N°	Nombre Séances	Nombre de cas	Importance	Durée	Observations
1	3	3	+	3 jours	Anticoagulant
2	3	1	Intermittente	8 jours	
5	3	1	++ saignotement	une matinée une semaine	
2	1	1	saignotement	plusieurs mois	ulcération à l'emporte-pièce guérison par nitratage
10			+++		vérification coloscopique
11	1		+	1	thrombose interne évacuée
17	3	1	+	une matinée	
20	3	1	+		
8	17	8			

D O U L E U R S

OBS. N°	Nombre de séances en tout	douleurs	Durée	Contexte
4	3	1	5 jours	+ Rectite
5	3	3	(1° 2 jours (2° 6 jours	Thrombose externe
6	4	1	1 matinée	
8	6	1	petites douleurs à la suite 15'	
11	1	1	3 jours	Thrombose interne
12	3	1	3 jours	+ Dorsalgie
14	3	1	10 jours	Ligature sur marisque ? Nécessité intervention
20	3	1	1/2 journée	
22	2	1	2 jours	Oedème marisque
23	1	1	5 jours	Syncopale

Au total :

- 61 séances de pose.
- 12 séances douloureuses.
- 8 séances suivies d'hémorragies.
- 1 séance avec : phénomènes rectaux
- 3 séances avec : oedème de la marge.

VI - C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

INDICATION

D'après ces 25 observations, il semble bien que l'indication de choix paraît être l'anneau hémorroïdaire dont les paquets sont bien distincts les uns des autres.

En effet dans ce cas, la préhension avec la pince à 3 griffes ou avec l'appareil à aspiration, peut se faire aisément et la pédiculisation obtenue s'offre facilement à la strangulation par l'anneau élastique.

Le nombre des séances est variable, il dépend de la morphologie, 3-4 séances sont habituellement suffisantes. Il est recommandé d'attendre une quinzaine de jours entre deux séances de façon à ce que l'escarre soit réparée.

La procidence localisée et le prolapsus muqueux de "5h." a toujours donné de bons résultats.

CONTRE-INDICATIONS

La ligature élastique ne s'applique qu'à des hémorroïdes non compliquées :

> Une crypto-papillite doit faire différer le traitement de même qu'une anite hémorroïdaire, une thrombose interne ou externe.

La ligature élastique doit se faire à la partie supérieure du canal au-dessus de la ligne pectinée dans une zone où la muqueuse est peu ou pas sensible.

INJECTIONS SCLEROSANTES ET LIGATURES ELASTIQUES

1) Ces deux méthodes ont en commun :
   - la simplicité du geste
   - la non collaboration d'un aide
   - le caractère ambulatoire.

2) Sur le plan de la douleur :

- la ligature élastique : peu de gêne
- l'injection sclérosante : bonne tolérance.

3) Sur le plan anatomo-physiologique :
L'injection de quinine-urée à 5 % ou d'huile phéniquée à 5 % réalisée selon la classique technique de Bensaude : sus hémorroïdaire et sous-muqueuse s'est avérée remarquable dans l'hémorragie et efficace dans le prolapsus lorsque celui-ci ne dépasse pas le second degré (1).

Elles sont généralement suffisantes pour guérir sinon les hémorroïdes du moins les ennuis qu'elles procurent au malade.

Leur action repose théoriquement sur l'hypothèse de l'affaiblissement du tissu conjonctif, c'est-à-dire sur le pouvoir "sclérosant" du produit. En réalité elles agissent trop rapidement, par exemple 24 h. sur l'hémorragie, pour que la sclérose ait le temps de se former. Il est bien plus probable qu'elles agissent sur les phénomènes vasomoteurs.

La ligature élastique, véritable strangulation nécrosante par ischémie est comparable à une exérèse puisque toute la masse hémorroïdaire est éliminée.

---

(1) On groupe actuellement les hémorroïdes selon leur gravité :

- Hémorroïdes 1er degré : angiomateuses, diffuses, décelées à l'anuscopie, n'entraînant que des saignements.
- Hémorroïdes 2ème degré : tumorales mais restant dans l'ampoule, perçues au toucher rectal.
- Hémorroïdes 3ème degré : elles se prolabent à la selle et à l'effort - réduction spontanée.
- Hémorroïdes 4ème degré : prolabées en permanence - irréductibles.

CHIRURGIE ET LIGATURES ELASTIQUES

- la ligature élastique est un acte proche de l'acte chirurgical. Elle a l'avantage d'éviter tout son protocole (hospitalisation, anesthésie, arrêt de travail, etc...).

On peut donc conclure au terme de cet exposé, que le médecin n'est plus désarmé devant un sujet qui présente des hémorroïdes. Pour chaque variété d'hémorroïde, il possède des armes efficaces. Le point essentiel est l'examen minutieux afin de poser la bonne indication.

Dans la série de malades que nous présentons, les résultats se sont avérés bons, les complications rares. L'indication qui semble ressortir est le stade hémorroïdaire type 2-3, permettant ainsi d'apporter une thérapeutique originale qui était trop avancée pour la sclérose et insuffisamment développée pour la chirurgie, c'est là le point essentiel.

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur COMTE

VU, le Doyen,

M. le Professeur LOYGUE

VU, le Recteur,

M. MALLET